

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ им. акад. М.А.ТОПЧИБАШЕВА

На правах рукописи

ГЮЛЬШЕН АСКЕР кызы АББАСОВА
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
СРЕДНИХ И НИЖНИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ
СВИЩЕЙ МЕТОДОМ ИНВЕРТАЦИИ

3213.01 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2014

Диссертационная работа выполнена в НЦХ им. акад. М.А. Топчибашева, городской клинической больницы №5, клинике Л.Шихлинской

Научный руководитель:

– доктор медицинских наук

Э.А.ДЖАВАДОВ

Официальные оппоненты:

– доктор медицинских наук

– доктор медицинских наук

Г.А.РУСТАМОВ

Х.Н.МУСАЕВ

Ведущее учреждение: Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра общей хирургии - I

Защита состоится " _____ " _____ 2014 г. в _____ часов на заседании Диссертационного Совета FD 03.061 при Научном Центре Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева.

Адрес: Az1122, г. Баку, ул. Шарифзаде, 196, конференц-зал

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научного Центра Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева.

Автореферат разослан " _____ " _____ 2014 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD 03.061,

доктор медицинских наук

И.Л.КЯЗИМОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: Ректовагинальные свищи в связи со сложностью лечения и большим числом рецидивов после операции относятся к трудной и нерешенной проблеме колопроктологии.

Это не только медицинская, но и социальная проблема.

Ректовагинальные свищи считают относительно редкой патологией. Они составляют 2-5% от свищей прямой кишки [Куляпин А.В. с соавт. 2000; Темелков Т.Д. 1990], 2,7-10% от гинекологических свищей и 59,1% от всех кишечно-гинекологических свищей, причём наиболее часто встречаются фистулы низкого и среднего уровней [Краснопольский В.И. и соавт. 2001]. Проблему усугубляют прямокишечно-влагалищные свищи, сочетающиеся более чем у четверти больных с той или иной степенью недостаточности анального сфинктера [Байзаков У.Б. и соавт. 1991].

Общепризнано, что выздоровление больных с ректовагинальными свищами возможно только посредством хирургического лечения. Несмотря на наличие более 100 различных методов хирургического вмешательства и их модификаций при ректовагинальных свищах, не выработан единый подход к выбору оптимального метода операций. Проблема в целом характеризуется недостаточной эффективностью методов лечения и высокой частотой рецидивов. Рецидивы возникают у 4,3-40% больных [Краснопольский В.И. и соавт. 2001], недостаточность сфинктера прямой кишки в той или иной степени развивается после операций у 6,6-20% женщин [Sultanova S.H. vэ h. 2008].

Оперативное вмешательство является главным звеном в лечении больных с ректовагинальными свищами, однако оно является частью в структуре лечебных мероприятий. Большое значение имеют оптимальная в каждом конкретном случае предоперационная подготовка, правильный подбор шовного материала, адекватное и скрупулёзное послеоперационное ведение. Важно также определить оптимальное время для операции. Ситуация усложняется тем, что операцию невозможно провести в стерильных условиях. Кроме того, лечение ректовагинальных свищей принципиально отличается от способов лечения параректальных свищей, так как кроме ликвидации свищевого хода преследуется цель восстановления менструальной и детородной функций.

Цель работы. Разработка и внедрение альтернативного способа лечения ректовагинальных свищей среднего и большого диаметра в средней и нижней трети влагалища.

Задачи исследования:

1. Изучение клинической, топографо-анатомической и функциональной характеристики ректовагинальных свищей низкого и среднего уровней различной этиологии.

2. Разработка лечебно-диагностического алгоритма у пациенток с ректовагинальными свищами среднего и низкого уровней в зависимости от этиологии, места расположения и размеров свищевого отверстия.

3. Исследование функционального состояния прямой кишки в пред- и послеоперационный периоды в зависимости от характера заболевания.

4. Разработка эффективного варианта трансвагинальной пластики, хирургической тактики его применения, а также совершенствование принципов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

5. Выявление факторов риска рецидива ректовагинального свища.

Научная новизна:

– Впервые разработан и внедрён инвертационный метод лечения ректовагинальных свищей.

– Впервые разработан и внедрён алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при средних и низких ректовагинальных свищах.

– Усовершенствован и внедрён план предоперационной подготовки, направленный на ликвидацию патологических процессов, у больных с ректовагинальными свищами в зависимости от тонуса и функционального состояния толстой кишки. Разработан и внедрён новый план послеоперационного ведения больных с целью профилактики осложнений и рецидивов болезни.

Практическая значимость:

– Применение нового инвертационного метода трансректальной и трансвагинальной пластики нижних и средних ректовагинальных свищей, позволяет радикально ликвидировать свищевые отверстия, как во влагалище, так и в прямой кишке, и тем самым уменьшает число рецидивов заболевания.

– Усовершенствованный план предоперационной подготовки и послеоперационного ведения позволяет снизить до минимума риск возникновения осложнений во время и после операций.

Внедрение. Результаты исследований внедрены в деятельность хирургических отделений городской клинической больницы № 5, Научного Центра Хирургии им. Топчибашева, клиники Л. Шихлинской.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При выборе метода операции необходимо учитывать этиологию свища.

2. Модифицированный метод инвертации снижает количество рецидивов ректовагинальных свищей среднего и большого диаметра локализованных в средней и нижней трети влагалища.

3. Разработанный план предоперационной подготовки и послеоперационного ведения позволяет добиться успехов в лечении больных.

Связь исследования с проблемным планом медицинских наук.

Диссертационная работа являлась частью тематического плана НЦХ им. акад. М.А. Топчибашева (гос. регистрация № 0106AZ00883).

Апробация. Материалы диссертации были доложены на II съезде колопроктологов России с международным участием (Уфа, 2007), XI международном Евроазиатском конгрессе по хирургии и гастроэнтерологии (Баку, 2008), XII Центральном Европейском конгрессе колопроктологов (Москва, 2008), международной научной конференции, посвященной 80-летию Азербайджанского медицинского университета (Баку, 2010) и XII международном Евроазиатском конгрессе по хирургии и гастроэнтерологии (Баку, 2011). Диссертация обсуждена на межкафедральной научной конференции сотрудников кафедр хирургических болезней ПАМУ с участием практических врачей, научных сотрудников НЦХ им. акад. М.А. Топчибашева (22.04.2013), а также на заседании апробационной комиссии по специальности «Хирургия» (3213.01) при НЦХ им. акад. М.А. Топчибашева (22.06.2013).

Публикации: По теме диссертации опубликовано 11 научных работ. Из них 5 журнальные статьи, 6 тезисов. Получено удостоверение на одно рационализаторское предложение (уд. №35 от 29.06.2009).

Содержание и структура диссертации: Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка ли-

тературы. Библиографический указатель насчитывает 177 литературных источников, включающих 40 отечественных и 137 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 41 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В ходе исследовательской работы было обследовано и прооперировано 63 пациенток с приобретенными ректовагинальными свищами различной этиологии, находившихся на лечении в клинической больнице №5, Научном Центре хирургии им. Топчибашева и в клинике Л.Шихлинской города Баку за период с 1995 по 2012 годы.

Больные были разделены на 2 группы – основную и контрольную. Основную группу составили 18 пациенток со средними и низкими прямокишечно-влагалищными свищами, которые были прооперированы предложенным новым инверсионным методом ликвидации ректовагинальных свищей. В контрольную группу вошли 45 больных, прооперированных какими-либо другими способами.

Свищи низкого уровня мы диагностировали у 35 (55,6%) пациенток, среднего уровня - у 24 (38,1%), свищи в верхней трети влагалища у 4 (6,3%) пациенток. Возраст больных колебался от 18 до 60 лет, причем большинство из них - (52,4%) были в возрасте до 35 лет - наиболее трудоспособном и детородном возрасте. Причиной заболевания у 36 (57,1%) больных явились роды, у 16 (25,4%) - острый парапроктит, у 5 (7,9%) бытовая травма, у 5 (7,9%) - операция. У 1 пациентки (1,6%), этиологическим фактором послужила болезнь Крона, которая была диагностирована во время операции.

Ректовагинальные свищи, возникшие на фоне острого парапроктита, являлись низкими, тогда как свищи травматического генеза локализовались не только в нижней, но и средней трети влагалища. Сроки госпитализации больных с момента проявления первых признаков заболевания составили от 3 месяцев до 20 лет. 13 пациенток, что составило 20,6%, неоднократно обращались к хирургам различного профиля, но не смогли получить квалифицированной помощи. Они перенесли от одной до нескольких неудачных операций, направленных на ликвидацию ректовагинального свища. Обращение остальных пациенток было первичным. Размеры свищевых отверстий составили от 0,1 до 3,0 см. У 4 больных имелось 2 свищевых отверстия. В основ-

ную группу, в основном, были отобраны пациентки со средним размером свищевого отверстия – от 0,5 до 1,5 см. Лишь у одной больной диаметр свищевого отверстия был более 1,5 см.

Основными жалобами больных являлось попадание кишечного содержимого во влагалище. Интенсивность проявления этого ведущего симптома зависела от размеров свищевых отверстий, моторной деятельности кишечника, усиливалась в положении лёжа и при напряжении передней брюшной стенки. Большинство пациенток отмечали выделение из влагалища газов и кала различной консистенции, 18 больных, что составляет 28,6% - гноя. Из 23 пациенток с недостаточностью анального сфинктера у 18 (78,3%) свищи располагались в нижней трети влагалища, и лишь у 5 (21,2%) в средней трети.

Из 23 пациенток с ректовагинальными свищами, расположенными в нижней трети влагалища, различная степень недостаточности анального сфинктера обнаружилась у 18 (78,3%), в то время как у больных со средними ректовагинальными свищами недостаточность сфинктера была выявлена лишь у 5 (21,2%). У 36 больных (57,1%), мы выявили сопутствующие заболевания аноректальной зоны. В клинической картине больных с ректовагинальными свищами кроме клинических симптомов основного заболевания также имели место симптомы сопутствующих болезней. Своевременная диагностика сопутствующих заболеваний аноректальной зоны очень важна при лечении пациенток с ректовагинальными свищами, тем более, что они встречаются достаточно часто – в 56% наших наблюдений.

На основе вопросов, соответствующих плану работы, была разработана карта обследования и лечения больных с ректовагинальными свищами. У представленных больных кроме традиционных методов клинического обследования были произведены специальные исследования. Они включали в себя ректальное и двуручное ректовагинальное исследования с оценкой состояния ануса, сфинктера прямой кишки, леваторов, степени рубцовых изменений влагалища, промежности, анальной области, зондирование свищевого хода.

Применялись проктоскопия, сфинктероманометрия, дефеко-сфинктерометрия, анопроктометрия. По необходимости были проведены проба с красителем, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, компьютерная томография. Проведение фистулографии мы считали нецелесообразным, в связи с малой информативностью этого метода при ректовагинальных свищах. Проводилось бактериологиче-

ское исследование кала и влагалищного мазка.

Мы провели сравнительную характеристику больных в зависимости от наиболее часто встречаемых причин возникновения прямокишечно-влагалищных соустьев. Выяснилось, что этиология ректовагинального свища оказывает влияние на характер течения болезни. При послеродовых, послеоперационных либо посттравматических свищах фистулы носили губовидный характер, при этом дефекты в обоих органах совпадали по высоте. В ректовагинальной перегородке никогда не обнаруживались гнойные полости или затеки.

Иные топографо-анатомические особенности выявлялись при фистулах на почве колита (гранулематозный или неспецифический язвенный колит), или острого парапроктита. Свищевой ход воспалительной этиологии в отличие от послеродовых свищей, часто имел трубчатое строение, с прямым или извитым ходом. Так, у 18 пациентов определялся трубчатый свищ. Ход при этом нередко был разветвленный, с наличием осумкованных гнойных полостей или затеков в окружающей клетчатке.

Для фистул воспалительного генеза весьма характерен волнообразный характер течения болезни. Так, у 10 больных периоды обострения чередовались с фазами относительного благополучия. Это чаще наблюдается при малых размерах свищевых отверстий. В отличие от родовой или бытовой травмы, свищевой ход при фистулах воспалительного генеза у всех пациенток не располагался глубоко ни в кишечной, ни в вагинальной части.

Объективная оценка сократительной способности анального сфинктера в предоперационном периоде является одним из важных составляющих в выборе характера хирургического вмешательства и дальнейшей реабилитации больных. При свищах, возникших после родов течение болезни гладкое. При прямокишечно-влагалищных свищах, возникших на фоне острого парапроктита, внутреннее свищевое отверстие располагалось в пределах анального канала, и всегда было связано с анальной криптой. При ректовагинальных свищах, возникших в результате родов, внутреннее свищевое отверстие могло располагаться в любой части прямой кишки. Тонус сфинктера анального канала у больных с воспалительными свищами несколько повышен, в то время как у больных с послеродовыми соустьями тонус сфинктера понижен, что наиболее характерно при наличии инконтиненции.

Определение функционального состояния сфинктерного аппарата анального канала является важным моментом при выборе способа и объёма оперативного вмешательства. С этой целью больным проводились сфинктероманометрия, дефекоксфинктерометрия и анопроктометрия. Для исследования мы использовали сфинктерометр авторской конструкции (Джавадов Э. А. и соавт. рац. предложение протокол №96 от 12.09.05.), состоящий из эластичного латексного баллона, объёмом 0,5 л, соединённого с манометром, клапана, резиновых трубок и наконечника. Исследование проводили через 1 - 1,5 часа после очистительной клизмы. Положение пациентки на левом боку, с максимально приведёнными бёдрами к передней брюшной стенке. Для сфинктерометрии латексный баллон помещали в нижнюю ампулярную часть прямой кишки и вливали 30 мл жидкости через клапан. Наполненный таким образом баллон осторожно вводили в анальный канал. Через 5 - 7 минут – необходимое время для адаптации сфинктера, определяли тонус внутреннего сфинктера по показаниям датчика. Затем просили пациентку сжать анальный сфинктер. При этом определяли произвольную силу наружного сфинктера. С целью анопроктометрии после помещения баллона в прямую кишку, с помощью шприца вводили минимальный объём жидкости до возникновения ректальной чувствительности и давления в прямой кишке. В этот момент определяли релаксационный рефлекс внутреннего сфинктера. При дефекоксфинктерометрии измеряли давление в анальном канале, возникающее после опорожнения кишечника в момент натуживания.

С целью выявить нормальные значения данных исследований сфинктероманометрию, дефекоксфинктерометрию и анопроктометрию мы провели 5 относительно здоровым женщинам без признаков недостаточности анального сфинктера, обратившихся к нам по поводу какого-либо другого состояния, не связанного с болезнями аноректальной зоны, и добровольно согласившимися пройти обследования. Далее аналогичные исследования анального сфинктера мы произвели у пациенток с ректовагинальными свищами. При этом статистически значимой разницы между показателями здоровых пациенток и больных обнаружено не было, в то время как у каждой конкретной пациентки были обнаружены отклонения от нормативов в ту или иную сторону. Поэтому мы разделили больных по этиологическому признаку на 2 группы. В первую группу вошли больные, у которых ректовагинальные свищи возникли в результате родов – больные, с разрыва-

ми промежности; во вторую — пациентки с прямокишечно-влагалищными соустьями, образовавшимися на фоне острого парапроктита.

После такого разделения выяснилось, что показатели сфинктероманометрии, дефекоcсфинктерометрии и анопроктометрии у больных с прямокишечно-влагалищными свищами, возникшими на фоне парапроктита и в результате разрыва промежности значительно разнятся. Так, у пациенток с разрывом промежности тонус сфинктера снижен ($118,5 \pm 2,2$ мм. вод. ст. при норме $150,2 \pm 1,6$ мм. вод. ст.), часто имеет место недостаточность сфинктера той или иной степени, волевое усилие ослаблено ($117,0 \pm 2,2$ мм. вод. ст. при норме $206,5 \pm 1,2$ мм. вод. ст.). Во время дефекоcсфинктерометрии давление в прямой кишке и анальном канале снижено ($262,3 \pm 3,9$ и $314,8 \pm 6,5$ мм. вод. ст. при норме $301,3 \pm 2,1$ и $361,0 \pm 1,8$ мм. вод. ст. соответственно), показатели порогов субъективной чувствительности и императивного позыва по сравнению с нормативами повышены ($251,8 \pm 1,9$ мм. вод. ст. при норме $229,6 \pm 1,8$ мм. вод. ст. и $370,9 \pm 5,5$ мм. вод. ст. при норме $337,0 \pm 2,4$ мм. вод. ст.).

У больных с ректовагинальными свищами, возникшими по поводу острого парапроктита, наоборот, тонус анального сфинктера и волевое усилие чаще повышены ($175,6 \pm 3,2$ мм. вод. ст. при норме $150,2 \pm 1,6$ мм. вод. ст.) давление в прямой кишке в момент выталкивания баллона нормальное ($301,3 \pm 2,1$ мм. вод. ст.), а давление в анальном канале повышено ($388,1 \pm 3,1$ мм. вод. ст. при норме $361,0 \pm 1,8$ мм. вод. ст.). Показатели порогов субъективной чувствительности ($190,9 \pm 4,1$ мм. вод. ст. при норме $229,6 \pm 1,8$ мм. вод. ст.) и императивного позыва ($290,3 \pm 10,3$ мм. вод. ст. при норме $337,0 \pm 2,4$ мм. вод. ст.) у этой группы пациенток ниже нормы.

В предоперационном периоде пациенткам проводилась тщательная подготовка по усовершенствованной нами схеме, включающей в себя местные и общие мероприятия. Местные воздействия были направлены на санацию зону операции, улучшение трофики тканей и условий их регенерации.

Большое значение придавалось санации влагалища и подготовке кишечника. Общие воздействия заключались в применении седативных, иммуностимулирующих, успокоительных средств, витаминов, коррекции сопутствующих болезней. За 2-3 дня до операции больные переводились на бесшлаковую диету.

В предоперационном периоде помимо общих принципов, осуществлялся дифференцированный подход к пациенткам. Той категории больных, у которой имелась склонность к диарее, газообразованию применялась диета с исключением растительной клетчатки, назначались препараты, способствующие санации кишечника и нормализации его перистальтики. После нормализации стула рекомендовались пробиотики. Пациенткам, с преобладанием запоров назначалась диета с большим количеством клетчатки. После прохождения ирригографии назначались нормокинетики, витамины группы В.

С целью ликвидации ректовагинального свища применялись следующие виды оперативных вмешательств: рассечение свища в сочетании с кольпоперинеосфинктеролеваторопластикой или без было выполнено 14 пациенткам (22,2%), ликвидация свища низведённым лоскутом - 12 больным (19,0%), иссечение свища со сфинктеропластикой – 6 пациенткам (9,5%), ликвидация свища и реконструкция промежности – 5 больным (7,9%), ректопексия, утеропексия с реконструкцией промежности – 1 (1,6%) пациентке, ревизия фистулы – 1 больной (1,6%), ликвидация сигмовагинального свища – 1 (1,6%) пациентке; ликвидация свища с выведением сигмостомы - 3 больной (4,8%), ушивание свища – 2 больным (3,2%); новый метод инвертации использовался при ликвидации прямокишечно-влагалищных свищей у 18 больных (28,6%).

Метод инвертации заключается в следующем. После гидропрепаровки отступя 5 - 10 мм от краёв свищевого отверстия, по периметру очерчивается линия разреза и производится препаровка в стороны. Свищевой канал тщательно выделяется из окружающих тканей без его пересечения до стенки прямой кишки. Мобилизация стенки прямой кишки в стороны проводится широко. Верхний влагалищный край свищевого канала прошивается рассасывающейся монофиламентной нитью (максон) в виде кисетного шва. Концы нити проводятся через зонд и вместе с ним выводятся из прямой кишки, инвертируя при этом свищевой канал в просвет кишечника. Кисет затягивается и завязывается. Продолжая лёгкую тракцию за концы нити, на образовавшуюся воронку накладываются два ряда швов, либо в поперечном, либо в продольном направлении, в зависимости от ситуации. Далее сводятся леваторы, восстанавливается ректовагинальная перегородка. При наличии инконтиненции производится реконструкция сфинктера. Преимущество метода заключается в том, что при инверсии свищево-

го канала, его вворачивании и затягивании кисета, создаётся широкая площадь соприкосновения свободных от кишечного эпителия тканей по периметру, чем обуславливается большая герметичность и устойчивость к внутрикишечному давлению на швы.

Учитывая то, что основной причиной рецидива прямокишечно-влагалищного свища является несостоятельность швов, метод инвертации даёт возможность уменьшить число рецидивов заболевания. Критериями выбора для использования данного метода являются: локализация в нижних и средних отделах влагалища; диаметр отверстия от 0,5 до 3,0 см; губовидная форма свища; экстрасфинктерное его расположение. Выполнение данной операции нецелесообразно у пациентов с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, при хронических запорах, поносах, при наличии онкологических заболеваний или лучевых свищей. Противопоказанием является диаметр свищевого отверстия больше 3,0 см, наличие гнойных затёков и дополнительных полостей в ректовагинальной перегородке и параректальной области.

При выявлении ректовагинального свища необходимо проведение ректального исследования и проктоскопии. Больные разделяются на 2 группы – с изолированными ректовагинальными свищами и прямокишечно-влагалищными соустьями, в сочетании с проктологическими заболеваниями. Больным обеих групп целесообразно проведение сфинктероманометрии.

При исследовании больной необходимо обратить внимание на состояние мышц тазового дна. При расхождении леваторов операция по ликвидации свища должна дополняться леваторопластикой. При обычном физиологическом состоянии леваторов выполняется только ликвидация свища. При одновременном расхождении мышц леваторов и недостаточности сфинктера анального канала необходимо выполнение сфинктеролеваторопластики.

У больных, у которых прямокишечно-влагалищный свищ сочетается с проктологическими заболеваниями, перед операцией или во время неё по возможности целесообразно проведение их коррекции. Так, больным с проктосигмоидитом для стихания воспалительного процесса, до операции нужно провести противовоспалительную терапию. Пациенткам со сфинктеритом во время операции целесообразно выполнение сфинктеротомии. При выявлении полипов в толстой кишке рекомендовано выполнение полипэктомии. Пациенткам с трещи-

ной анального канала и свищами прямой кишки во время операции, после ликвидации ректовагинального свища, целесообразно иссечение трещины и ликвидация параректального свища. При выполнении одномоментных операций по поводу ректовагинальных свищей в сочетании с анальной патологией мы не отметили утяжеления течения послеоперационного периода. Но всё же, при сопутствующей геморроидальной болезни производить радикальную геморроидектомию в сочетании с ликвидацией ректовагинального свища мы считаем нецелесообразным, так как большой объем иссекаемых тканей на ограниченном пространстве может привести к несостоятельности пластических швов и кровотечению. Также радикальная геморроидектомия может стать причиной сужения анального канала, с последующим неудовлетворительным функциональным результатом, сфинктероспазмом. Таким образом, разработан и внедрён алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при ректовагинальных свищах (рис. 1).

При лечении больных с ректовагинальными свищами большое значение имеет рациональное послеоперационное введение, направленное на достижение заживления операционных ран первичным натяжением. Самым ответственным периодом, по нашему мнению, являются первые две недели после операции. В этот период должны проводиться адекватная санация влагалищной раны и коррекция работы кишечника. Применение антибиотиков, инфузионной терапии, витаминотерапии и адекватное обезболивание также немаловажно при ведении пациенток с данной патологией.

Соответствующая лечебная физкультура со второго месяца после операции дает хорошие функциональные результаты и показана всем пациенткам, перенесшим пластическую операцию на промежности, особенно тем, кому была выполнена сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ближайшие результаты лечения изучены у всех представленных больных. Осложнения наблюдались у 7 пациенток (11,1%). Это несостоятельность швов послеоперационной раны и рецидив ректовагинального свища (табл.).

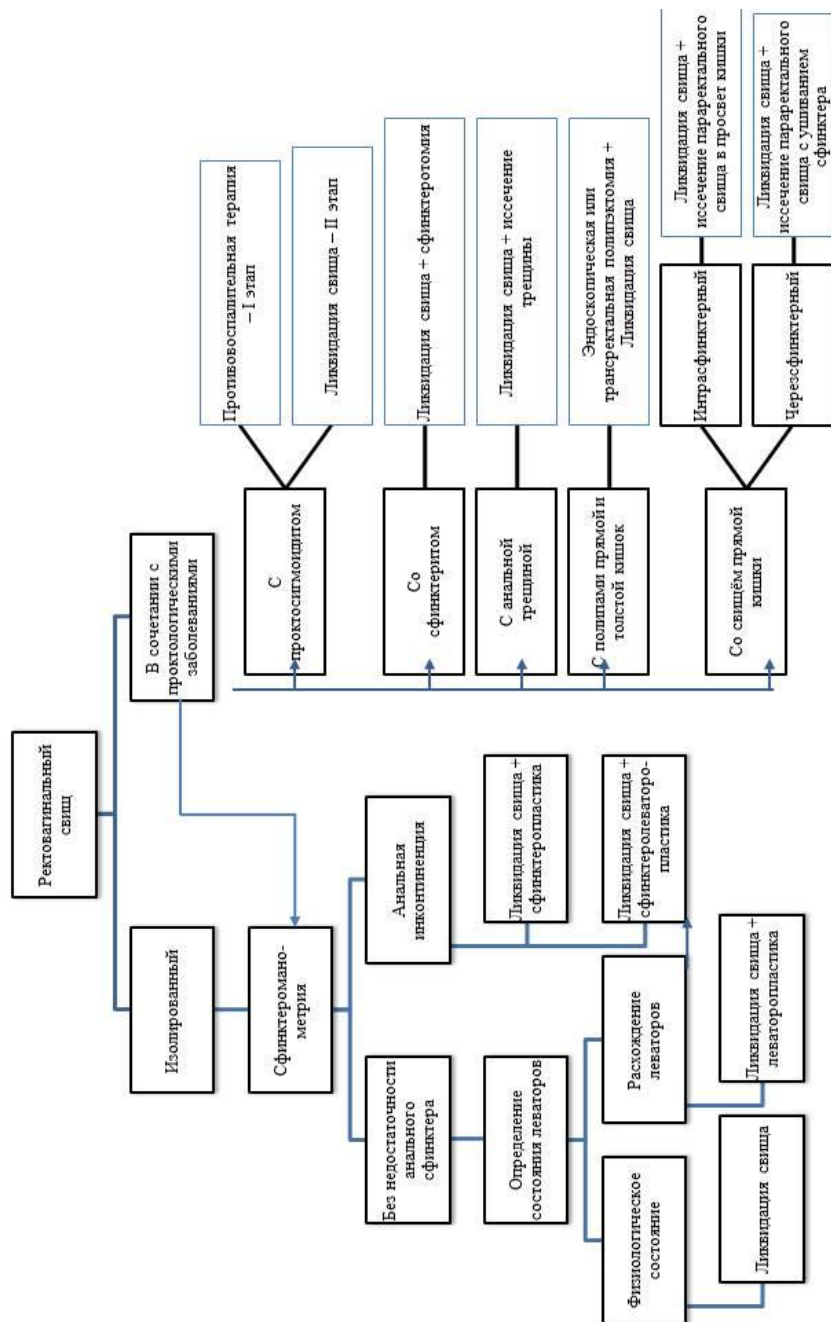


Рис. 1. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при ректовагинальных свищах.

Чаще рецидивы возникали у больных, оперированных методом низведения лоскута слизистой – у 4 из 11 (36,4%) пациенток. Очевидно преимущество метода инвертации - из 18 больных рецидив наблюдался лишь в 1 случае (5,6%), у пациентки с болезнью Крона.

Таблица

Характер и количество послеоперационных осложнений

Метод операции	Количество больных	Рецидив свища
Рассечение свища	14(22,2%)	-
Иссечение свища	6 (9,5%)	1 (16,7±15,2%)
Ликвидация свища низведением лоскута слизистой	11 (17,5%)	4 (36,4±14,5%)
Реконструкция промежности	7 (11,1%)	-
Ревизия фистулы	1 (1,6%)	-
Ликвидация сигмовагинального свища	1 (1,6%)	-
Ликвидация с выведением сигмостомы	3 (4,8%)	-
Ушивание свища	2 (3,2%)	1 (50,0±35,4%)
Метод инвертации	18 (28,6%)	1 (5,6±5,4%)
Всего	63	7 (11,1±4,0%)

Оценивая результаты ретроспективного анализа хирургического лечения больных групп сравнения в целом, нами установлено, что рецидив заболевания чаще возникает у больных, склонных к диарее, а длительное течение заболевания является предрасполагающим фактором для его развития. У пациенток, прежде оперированных по поводу ректовагинального свища, вероятность возникновения рецидива больше, чем у больных, подвергшимся хирургическому вмешательству впервые.

У всех больных с прямокишечно-влагалищными свищами в сочетании с анальной патологией, у которых во время операции производилась коррекция заболеваний аноректальной области, ранний и поздний послеоперационные периоды протекали благоприятно. Рецидива проктологических болезней не было выявлено ни в одном случае. Одновременная коррекция сопутствующей ректовагинальным свищам хирургической патологии аноректальной зоны имеет преимущества, как в плане достижения хороших конечных результатов, так и с точки зрения восстановления трудоспособности.

Средний койко-день после операции составил $20,6 \pm 1,2$ дней. У больных, оперированных методом инвертации, он уменьшился до $13,5 \pm 0,9$, при $p < 0,01$.

Сроки наблюдения за больными, составили до трёх лет. Отдаленные результаты лечения больных с ректовагинальными свищами представлены на рис.2.

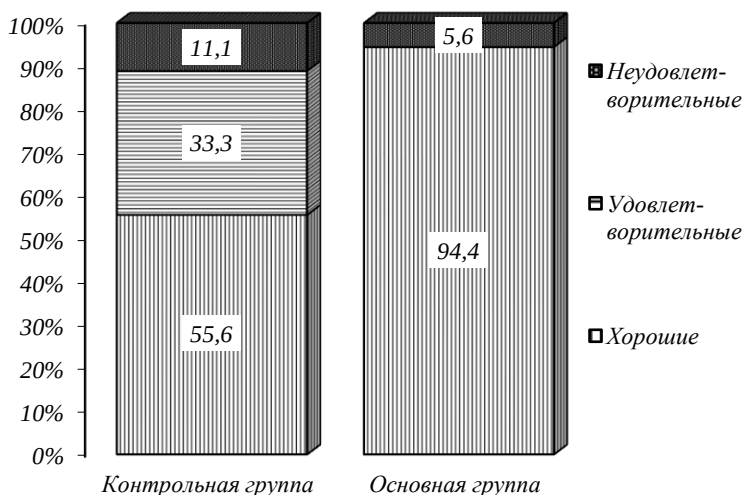


Рис. Отдаленные результаты лечения.

У всех больных, у которых операционные раны зажили первично, показатели сфинктероманометрии, дефекоcфинктерометрии и анопроктометрии близки к норме. У пациенток с удовлетворительным результатом лечения имеет место ослабление тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки. При сфинктероманометрии тонус внутреннего сфинктера и волевое усилие понижены, показатели дефекоcфинктерометрии снижены, а анопроктометрии повышены.

По нашему мнению только индивидуальный подход к каждой больной, учитывая не только локализацию, строение, этиологию свища, но и функциональное состояние толстой кишки, сфинктера анального канала, сопутствующие заболевания позволит добиться успехов в реабилитации пациенток с ректовагинальными свищами.

ВЫВОДЫ

1. Всесторонний анализ ректовагинальных свищей низкого (55,6%) и среднего (28,1%) уровня, возникших в результате родовой (57,1%) или бытовой (5,7%) травмы и на фоне острого парапроктита (25,4%), показал отличие их по характеру течения, топографии, строению свищевого хода, состоянию сфинктерного аппарата прямой кишки. Поэтому необходимо учитывать этиологию при диагностике и выборе метода операции.

2. Разработанный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий предусматривает индивидуальный подход в выборе предоперационной подготовки и метода операции. Дифференцированный подход к выбору времени оперативного лечения позволяет улучшить результаты проводимой хирургической коррекции. Наилучшие показатели отмечаются в случаях оперативного вмешательства в срок от 3 до 6 месяцев с момента проявления первых признаков болезни.

3. Отклонения показателей сфинктероманометрии имеют место у 95,7%, дефекоcфинктерометрии - у 91,3%, анопроктометрии – у 100% больных, и разнятся по причине возникновения ректовагинальных свищей. Наиболее объективная оценка функционального состояния сфинктерного аппарата анального канала возможна при проведении соответствующих исследований через 3 месяца после операции.

4. Разработанный и внедренный метод инвертации, в совокупности с принципиально новой схемой предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, позволили снизить количество рецидивов заболевания с $11,1 \pm 4,7\%$ до $5,6 \pm 4,7\%$, сократить период стационарирования с $20,6 \pm 1,2$ до $13,5 \pm 0,9$ койко-дней и добиться выздоровления больных.

5. Факторами риска рецидива ректовагинальных свищей являются преждевременное оперативное вмешательство, неадекватный подбор шовного материала, недооценка этиологического фактора образования фистулы, неадекватная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В предоперационном периоде всем больным с ректовагинальными свищами показана тщательная подготовка по разработанной схеме, включающей в себя общие и местные мероприятия.

2. Для снижения количества рецидивов и улучшения непосредственных и отдалённых результатов лечения ректовагинальных свищей необходим дифференцированный подход к больным с данной патологией

3. Средне- и низко локализованные ректовагинальные свищи, диаметром 0,5–3 см целесообразно оперировать усовершенствованным способом инвертации, дающим хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

4. При хирургическом лечении ректовагинальных свищей необходимо использовать современный синтетический длительно рассасывающийся шовный материал и биполярную коагуляцию, что позволяет значительно сократить средние сроки стационарного лечения и уменьшить число послеоперационных осложнений и рецидивов.

5. Для выбора оптимального метода хирургического вмешательства и объективной оценки состояния сфинктера в предоперационном периоде и через 3 месяца после операции необходимо проведение сфинктероманометрии, дефекоcфинктерометрии и анопроктометрии с целью исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки

6. При сочетании ректовагинальных свищей с другими проктологическими заболеваниями, хирургическое лечение их при целесообразности может осуществляться одномоментно, в зависимости от характера и степени выраженности сопутствующей анальной патологии.

7. Целесообразно скрупулёзное послеоперационное ведение пациенток, направленное на ежедневную санацию операционной зоны, задержку стула и адекватную лекарственную терапию, способствующее заживлению раны первичным натяжением и снижающее количество рецидивов заболевания.

Список опубликованных трудов по теме диссертации:

1. Лечение сложных низких и средних ректовагинальных свищей / Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, с.34-35 (соавт.: Джавадов Э.А., Халилов А.Д., Халилов Н.Д., Аббасов В.Ш.)
2. Результаты хирургического лечения травматических разрывов промежности у женщин / Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, с.562 (соавт.: Джавадов Э.А., Халилов А.Д., Халилов Н.Д., Аббасов В.Ш.)
3. Efficiency invertative rectovaginal plastics in treatment of rectovaginal fistulas / Proctologiya, Moscow, 2008, N 1/08, Volume 9, p.66 (coaut.: Javadov E.A., Khalilov A.D., Khalilov N.D.)
4. Method of inversionun dertreatment of rectovaginal fistulas of large diameter / XI Beynəlxalq Avroasiya Cərrahiyyə və Gastroenterologiya Konqresin Materialları. Bakı, 2008, s.228-229 (coaut.: Javadov E.A., Khalilov A.J.)
5. Хирургическое лечение средних и низких ректовагинальных свищей методом инвертации // Хирургия им. Н.И. Пирогова, 2010, №2, с.44-46 (соавт.: Агаев Б.А., Джавадов Э.А.)
6. Хирургическое лечение средних и низких ректовагинальных свищей (обзор литературы) // Cərrahiyyə, 2010, N 3 (23), s. 92-96.
7. Функциональное состояние сфинктерного аппарата у больных с ректовагинальными свищами // Cərrahiyyə, 2010, N 4 (24), s. 72-75 (соавт.: Джавадов Э.А.)
8. Послеоперационное ведение больных, оперированных по поводу прямокишечно-влагалищных свищей // Sağlamlıq, 2010, N 5, s. 146-147 (соавт.: Джавадов Э.А.)
9. Предоперационная подготовка больных с низкими и средними ректовагинальными свищами // Sağlamlıq, 2010, N 6, səh. 174-176 (соавт.: Джавадов Э.А.)
10. Инверсионный метод в лечении низких и средних ректовагинальных свищей / Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi Konfrans, 2010, səh. 135-136

(coaut.: Джавадов Э.А.)

11. Algorithm of diagnostic and treatment measures in rectovaginal fistulas / XII Beynəlxalq Avrasiya cərrahiyyə və gastroenterologiya konqressinin materialları. Bakı, 2011, s. 201 (coaut.: E.A.Javadov)

Рационализаторское предложение

12. İnvertasiya üsulu ilə rektovaginal fistulalarının cərrahi müalicəsi // Səmərləşdirici təklif. Şahadətnamə (M.A. Topçubaşov adına ECM) № 35, 29.06.2009 (həmmüə: Cavadov E.A)

GÜLŞƏN ƏSGƏR qızı ABBASOVA**ORTA VƏ AŞAĞI REKTOVAGİNAL FİSTULALARIN
İNVERTASIYA ÜSULU İLƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ****XÜLASƏ**

Rektovaginal fistula müalicəsi çətin olan ağır patologiyadır. Rektovaginal fistulaların müalicəsi məqsədilə 100-dən artıq cərrahi əməliyyat növlərinin və onların müxtəlif modifikasiyalarının təklif olunmasına baxmayaraq əməliyyatdan sonra baş verən residivlər (4,3-40%) alınan nəticələri qənaətbəxş etmir.

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq rektovaginal fistulalara görə aparılan əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmaların və residivlərin azaldılması məqsədilə yeni əməliyyat növü işlənib tətbiq edilmişdir. Xəstəliyin diaqnostik-müalicə alqoritmı, yoğun bağırsağın funksional vəziyyətindən asılı olaraq əməliyyatı hazırlıq və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin müalicə planları işlənib hazırlanmışdır. Həmin qrup xəstələrin residivə gətirib çıxaran faktorların təyin edilməsində məqsədə uyğun sayılmışdır.

Tədqiqat 1995-2012-ci illər ərzində Bakı şəhəri 5 saylı klinik xəstəxanasında, akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində və L.Şixlinskayanın klinikasında müayinə və müalicə olunan 63 xəstə üzərində aparılmışdır.

Xəstələr 2 klinik qrupa bölünmüşdür. Əsas qrupu yeni invertasiya üsulu ilə əməliyyat olunan 18 xəstə təşkil etmişdir. Kontrol qrupa hansısa bir başqa üsulla əməliyyat olunmuş 45 xəstə daxil olmuşdur.

Əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi məqsədilə müayinə aparılmışdır. Rektovaginal fistulaların etiologiyasının xəstəliyin gedişinə təsir etməsi aşkarlanmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaxın və uzaq nəticələr öyrənilmiş, qruplar üzrə müqayisəli tədqiqatlar aparılmışdır. Orta və aşağı səviyyədə yerləşən orta və böyük diametrli rektovaginal fistulaların müalicə məqsədilə təklif etdiyimiz invertasiya üsulunun effektivliyini əməliyyatdan sonrakı residivlərin faizinin azaldılması və bununla xəstələrin reabilitasiyasının yaxşılaşdırılması ilə sübuta yetmişdir.

GULSHEN ASGAR ABBASOVA**SURGICAL TREATMENT OF MIDDLE AND LOWER
RECTOVAGINAL FISTULAS BY INVERTATION METHOD****SUMMARY**

Treatment of rectovaginal fistulosis difficult severe pathology. Despite of the fact that there are more than 100 surgery types and their modifications available for treatment of rectovaginal fistulas, results of recurrence after surgery (4,3-40%) are not satisfactory.

Taking the above into account in order to reduce complications and relapses after the surgery for rectovaginal fistulas the new type of surgery has been developed and applied. Depending on disease diagnostic and treatment algorithm and the functional condition of the large intestine, pre-operative preparation and postoperative treatment plans have been developed. For the same group of patients identifying factors that lead to relapse is considered appropriate.

The study was conducted on 63 patients who were examined and threatened during 1995-2012 in Baku city clinical hospital №5, Scientific Surgery Center named after acad. M.A. Topchubashov and L.Shikhlinskaya Clinic.

Patients were divided into 2 clinical groups: 18 patients operated by the new method were in the main group. 45 patients operated by some other method were in the control group.

Before and after the surgery the examination performed in order to evaluate the functional condition of the obturative apparatus of rectum. Influence of the etiology of rectovaginal fistulas to the course of the disease has been determined.

In the postoperative period the near and distant results have been studied, comparative studies under the groups have been conducted. The efficiency of proposed invert method for the treatment of medium and large diameter rectovaginal fistulas located in the middle and lower level has been proved by reduction of recurrences percentage after surgery and improvement of the rehabilitation of patients.

Format 60 x 84 1/16
Sifariş №. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AKAD. M.A. TOPÇUBAŞOV adına
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

GÜLŞƏN ƏSGƏR qızı ABBASOVA

**ORTA VƏ AŞAĞI REKTOVAGİNAL FİSTULALARIN
İNVERTASIYA ÜSULU İLƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ**

3213.01 – Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim olunmuş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2014